

Die zukünftige Rolle der psychiatrischen Pflege: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der 'neuen' Pflege- und Betreuungskonzepte Empowerment, Recovery, Coaching, Inklusion

Dirk Richter, Thomas Schwarze, Chris Abderhalden, Sabine Hahn

Die moderne Sozialpsychiatrie und mit ihr die psychiatrische Pflege wird seit mehreren Jahren regelmässig mit neuen Konzepten konfrontiert. Diese neuen Konzepte beschreiben erwünschte Veränderungen in der Pflege und Betreuung psychisch kranker Menschen. Es handelt sich dabei in der jüngeren Zeit im Wesentlichen um die folgenden zumeist aus dem angelsächsischen Raum importierten Modelle: Recovery, Empowerment, Coaching, soziale Inklusion.

Schon auf den ersten Blick ergeben sich bei der Übersicht über diese Modelle erhebliche Überschneidungen, da beispielsweise der Empowerment-Ansatz in Recovery und Coaching-Modellen mit enthalten ist. Diese Überschneidungen sind umso verwirrender, als erwartet wird, dass diese Konzepte in der psychiatrischen Pflege und Betreuung umgesetzt werden sollen. Das nachfolgend beschriebene Forschungsprojekt an der Berner Fachhochschule versucht die Konzepte abzugleichen und essentielle Gemeinsamkeiten zu identifizieren. Hinter diesem Vorgehen steht die Vorstellung, dass eine Reduktion der Bestandteile auf einen Kern es ermöglichen sollte, die zukünftige Ausrichtung der psychiatrischen Pflege und Betreuung anzuleiten. Unser Projekt soll somit die Frage beantworten helfen, in welche Richtung sich die psychiatrische Pflege und Betreuung in den nächsten Jahren entwickeln soll. Bevor das methodische Vorgehen unseres Projekts detaillierter beschrieben wird, sollen im nächsten Schritt zunächst die einzelnen Konzepte vorgestellt werden.

Empowerment

Das Empowerment-Konzept ist sicherlich das älteste der hier vorgestellten Modelle. Es entstammt einer eher politisch ausgerichteten Vorstellung, die von der Übertragung von Macht auf benachteiligten Gruppen ausgeht. Die Ursprünge der Empowerment-Ideen sind in den politischen Bewegungen der

1960er- und 1970er Jahre zu verorten, die in den nachfolgenden Jahrzehnten etwa von der Selbsthilfebewegung im Gesundheitsbereich aufgenommen und weiter entwickelt worden sind. Die ersten konzeptionellen Überlegungen zum Empowerment sind nicht direkt auf psychisch kranke Menschen bezogen gewesen, wie insgesamt das Empowerment-Konzept sich allgemein auf (chronisch) kranke Menschen bezieht. Gleichwohl sind psychische Erkrankungen immer mitbedacht worden, stammen doch die anfänglichen theoretischen Konzepte aus dem Bereich der Psychologie.

Einer der ersten Empowerment-Theoretiker war der Sozialpsychologe Julian Rappaport, der Mitte der 1980er Jahre Empowerment definierte als „... belief in the power of people to be both the masters of their own fate and involved in the life of their several communities.“ [1: 142] Hier sind die beiden zentralen Punkte des Empowerment-Konzepts angesprochen, nämlich zum einen die von Krankheit betroffenen Menschen in die Lage zu versetzen, ihr Schicksal selbst zu meistern und zum anderen die soziale Einbettung der betroffenen Menschen zu betonen, womit eben auch ein politischer Auftrag zur Verbesserung der sozialen Lebenssituation verbunden war. In die Psychiatrie ist dieses Konzept vor allem mit der Stossrichtung der Selbstbefähigung chronisch psychisch kranker Menschen eingeführt worden [2]. Als entscheidende Veränderung für die psychiatrische Pflege ist dabei die Machtverlagerung von den Helfern auf die Patienten anzusehen, was am Ende eben bedeutet, dass die von der psychischen Erkrankung betroffenen Patienten selbst in der Lage sein sollten, über ihr Leben zu bestimmen [3].

Recovery

Das psychiatrische Recovery-Konzept nimmt zentrale Bestandteile des Empowerment auf und entwickelt diese weiter. Auch zeitlich gesehen folgt die Recovery-Bewegung dem Empowerment. In den Vereinigten Staaten kann Recovery mittlerweile als wichtigstes Betreuungskonzept betrachtet werden, das von vielen staatlichen Stellen anerkannt und – darüber hinausgehend – sogar gefordert wird. Auch in weiteren englischsprachigen Ländern wie Grossbritannien, Irland oder Neuseeland hat sich das Konzept als die zentrale Vision für die Betreuung psychisch kranker Menschen durchgesetzt [4].

Die Ursprünge des Recovery liegen einerseits in der amerikanischen Nutzerbewegung psychiatrischer Angebote (User/Survivor) und andererseits in professionellen Erfahrungen aus der psychiatrischen Rehabilitation. Beiden gemeinsam ist die Erkenntnis, dass die üblicherweise in der Psychiatrie vorherrschenden Meinungen zur Genesung (engl. Recovery) insbesondere bei Menschen mit psychotischen Erkrankungen empirisch nicht haltbar sind. Empirische Studien haben gezeigt, dass die Besserungsrate erheblich mehr Optimismus erlaubt als normalerweise propagiert wird, und dass ausserdem die mit einer Psychose einhergehenden Behinderungen ein ‚normales‘ Leben nicht prinzipiell ausschliessen [5]. Daher ist – neben dem Empowerment – die Vermittlung von Hoffnung eines der zentralen Bestandteile von Recovery. Allerdings existiert bis heute keine allgemein anerkannte Definition von Recovery. Je nach Schwerpunkt und Herkunft der Autoren wird einerseits Recovery als ein Prozess der Genesung definiert, andererseits als ein Ergebniszustand (Outcome) einer psychiatrischen Behandlung. Dennoch kann die Relevanz dieses Ansatzes für die psychiatrische Pflege nicht mehr bestritten werden, weshalb in der Literatur mittlerweile eigenständige Pflege-Recovery-Modelle beschrieben werden [6].

Soziale Inklusion

Sowohl das Empowerment- als auch das Recovery-Konzept zielen auf die Stärkung der sozialen Bindungen psychisch kranker Menschen. Der Hintergrund hierfür liegt in empirischen Erfahrungen, die zeigen, dass die soziale Einbindung bzw. Integration dieses Personenkreises erheblich geringer ist als in der Normalbevölkerung und auch geringer als bei vergleichbar körperlich behinderten Menschen [7, 8]. Ausgehend von der modernen soziologischen Theorie wird dieser Sachverhalt als soziale Exklusion bezeichnet. Inklusion beschreibt den Versuch, diese sozialen Bindungen aktiv wieder herzustellen. Üblicherweise wird darunter zunächst die Inklusion in die Arbeitswelt verstanden. Hier gibt es mittlerweile zahlreiche empirische Studien, die belegen, dass mit adäquaten Konzepten wie dem Supported Employment eine Einbindung durchaus möglich ist, und das auch ausserhalb des amerikanischen Arbeitsmarkts [9].

Nun gehen die sozialen Bedürfnisse moderner Menschen sicherlich über die Arbeitswelt hinaus, weshalb die soziale Inklusion zusätzlich auf soziale Berei-

che wie Partnerschaft, soziale Netzwerke, politische Partizipation usw. zielt [10]. Ebenso wie bei den oben genannten Ansätzen sind auch hier pflegerische Interventionen beschrieben worden, die eine Inklusion fördern können [11, 12].

Coaching

Eine Methode zur Förderung von sozialer Inklusion ist der Einsatz von Coaches, etwa in Form von Jobcoaches beim Supported Employment oder allgemeiner durch Lifecoaches [13]. Coaching zielt darauf ab, dass der betreute Klient seine eigenen Ziele entwickelt und umsetzt, der Coach hilft bei der Klärung der Ziele und unterstützt den Klienten bei der Zielerreichung, aber nur in der Weise, die den Klienten selbständig diese Ziele erreichen lässt – Empowerment meint eigentlich nichts anderes. Coaching-Konzepte entstammen jedoch eher dem nicht-therapeutischen Bereich, und viele Coaches lehnen es geradezu ab, psychisch kranke Menschen zu betreuen [14]. Andererseits finden sich in der Literatur zwischenzeitlich viele Belege, die auf den Stellenwert von Coaching-Prinzipien für die Pflege und Betreuung psychisch kranker Menschen hinweisen [15, 16]. zum Beispiel Beschreibungen von „Recovery-Coaching“ [17]. Wenngleich bislang noch keine spezifischen Modelle für das Coaching in der psychiatrischen Pflege beschrieben worden sind, setzen sich doch in der somatischen Pflege Coaching-Prinzipien vor allem im edukativen Bereich mehr und mehr durch [18, 19].

Methode

Die vier zuvor genannten Konzepte wurden mit weiteren, eher weniger bekannten Modellen wie der familien- und umweltbezogenen Pflege [20] und dem Motivational Interviewing [21] auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede abgeglichen. Im Anschluss an qualitative Methoden zu Konzeptvergleichen und -synthesen [22, 23] wurde eine Synthesematrix entwickelt, die Variablen enthielt, welche aus der initialen Konzeptanalyse generiert und durch weitere analytisch ermittelte Variablen angereichert wurden. Anschliessend wurden jeweils für die oben beschriebenen Konzepte Reviewartikel, Konzeptanalysen und – soweit vorhanden – empirische Arbeiten in entsprechenden Literaturdatenbanken gesucht und die Informationen extrahiert.

Zur Validierung der Resultate wurden drei Fokusgruppen mit Nutzern psychiatrischer Einrichtungen, mit Angehörigen psychisch kranker Menschen und mit Mitarbeitenden psychiatrischer Einrichtungen geführt. Darüber hinaus wurde eine Delphi-Befragung bei deutschsprachigen Experten durchgeführt. (Diese Analyseschritte sind zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Manuskripts noch nicht durchgeführt.)

Vorläufige Ergebnisse

Die nachfolgend berichteten Resultate stammen aus dem ersten Analyseschritt der Datenextraktion und sind noch als sehr vorläufig zu betrachten. Wir konzentrieren uns für die vorliegende Veröffentlichung auf die Variablen ‚Elemente/Attribute des Konzepts‘, ‚Elemente/Attribute der pflegerisch-therapeutischen Beziehung‘, ‚Ressourcen/Voraussetzungen auf der Klientenseite‘ sowie ‚Ressourcen/Voraussetzungen auf der Pflege/Therapie-Seite‘.

Elemente/Attribute des Konzepts

- Ressourcenorientierung
- Selbstbefähigung zur Lebensbewältigung
- Befähigung zur Übernahme von Verantwortung
- Vermittlung von Hoffnung auf Besserung
- Vermittlung von Hoffnung auf Umgang mit psychischer Behinderung
- Autonomie des/der Klienten/in
- Vermittlung positiver Gesundheitsziele
- Aufbau und Ausbau sozialer Netzwerke
- gezielte soziale Inklusion in Arbeit bzw. Ausbildung
- Entwicklung von Motivation zur Veränderung
- Entwicklung von persönlich relevanten Zielen und deren Umsetzung.

Elemente/Attribute der pflegerisch-therapeutischen Beziehung

- vertrauens- und respektvolle Zusammenarbeit
- Gleichwertigkeit zwischen Pflegenden und Klienten/-innen
- Kollaboration
- Klient/-in ist für die Zielsetzung und deren Umsetzung verantwortlich

- Klienten/-innen können nicht empowert werden, sondern müssen sich selbst empowern
- Pflegende ermöglichen die Veränderung, stellen sie aber nicht her
- Pflegende arbeiten nicht direktiv
- Vermeidung von Konfrontation
- Verzicht auf Ratschläge und Empfehlungen.

Ressourcen/Voraussetzungen auf der Klientenseite

- Vorhandensein bzw. Bereitschaft zur Entwicklung von Eigenengagement
- Bereitschaft zur Übernahme der Verantwortung
- Vorhandensein bzw. Bereitschaft zur Entwicklung von Handlungskompetenz
- Vorhandensein bzw. Bereitschaft zur Entwicklung von Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsfreudigkeit.

Ressourcen/Voraussetzungen auf der Pflege/Therapie-Seite

- Pflegende sind nicht die alleinigen Experten, sondern Begleiter/-innen
- Interesse am ganzen Menschen, nicht nur an Symptomen und Krankheiten
- notwendige Perspektivenveränderung; Klienten/-innen sind als gleichberechtigte Bürger/-innen wahrzunehmen und zu akzeptieren
- unbedingte Akzeptanz der Klientensicht
- Empathie und Neugierde auf die Klientensicht
- Bereitschaft zur Abgabe von Macht
- Bereitschaft zu Kompromissen und zum Eingehen von Risiken
- Berücksichtigung und aktiver Einbezug des sozialen Umfelds des/der Klienten/-in
- Arbeitsfeld erstreckt sich über die unmittelbaren Bedürfnisse der Klienten/-innen hinaus (Arbeitswelt, Lebenswelt etc.)
- Verhandlungs- und Konfliktmanagement
- hohe Belastungs- und Konfliktfähigkeit.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Diese noch recht vorläufigen Resultate unserer Konzeptsynthese eröffnen möglicherweise eine Perspektive für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Pflege und Betreuung. Die grosse Gemeinsamkeit aller dieser Konzepte ist die Fokussierung auf die vorhandenen Ressourcen der Klienten/-innen und die Abgabe von Macht in der pflegerischen Beziehung mit der Entwicklung zu einer gleichberechtigten Zusammenarbeit.

Diese Essentials lassen sich nicht ohne weiteres sofort umsetzen. Zentral dürfte eine grundsätzliche Diskussion über die Rolle der psychiatrischen Pflege sein, insbesondere über die Elemente von Zwang und Kontrolle, die diesen Beruf traditionellerweise mitkonstituieren und einer verstärkten Patientenorientierung im Wege stehen. Die Umsetzung wird von vielen Faktoren abhängen, von der Bereitschaft anderer Berufsgruppen, diese Perspektivenwechsel mit zu tragen und mit zu machen bis hin zu von adäquaten Aus- und Weiterbildungsangeboten. Der nachfolgende Schritt sollte jedoch genau darin bestehen, nämlich zu prüfen, ob diese Kernaussagen in Kompetenzen und Ausbildungsinhalte schon umgewandelt sind oder umgewandelt werden können.

Literatur

1. Rappoport, J. (1887) Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology* 15: 121-148.
2. Knuf, A., Osterfeld, M., Seibert, U. (2007) Selbstbefähigung fördern: Empowerment und psychiatrische Arbeit. 5. überarb. ed. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
3. Fingeld, D.L. (2004) Empowerment of individuals with enduring mental health problems: Results from concept analyses and qualitative investigations. *Advances in Nursing Science*. 27: 44-52.
4. Cleary, A., Dowling, M. (2009) The road to recovery. *Mental Health Practice*. 12(5): 28-31.
5. Warner, R. (2009) Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current Opinion in Psychiatry*. 22: 373-380.
6. Barker, P. (2003) The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*. 12: 98-102.
7. Agerbo, E., et al. (2004) Marital and Labor Market Status in the Long Run in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 61: 28-33.

8. Richter, D., Eikermann, B., Reker, T. (2006) Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch Kranker. *Gesundheitswesen*. 68: 704-707.
9. Burns, T., et al. (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial *The Lancet*. 370: 1146-1152.
10. Eikermann, B., Reker, T., Richter, D. (2005): Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker - Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 2005. 73: 664-673.
11. Repper, J. und R. Perkins: Social inclusion and acute care, in *Acute mental health nursing: From acute concerns to the capable practitioner*, M. Harrison, Editor. 2004, Sage: London. 51-77.
12. Richter, D.: Soziale Inklusion: Eine neue Aufgabe für die psychiatrische Pflege?, in *Kompetenz – zwischen Qualifikation und Verantwortung. Vorträge und Posterpräsentationen 4. Dreiländerkongress in Bielefeld-Bethel*, M. Schulz, et al., Editors. 2007, Ibicura: Unterostendorf. 17-26.
13. McHugh, S.A., Storey, K. Certo N.J. (2002) Training job coaches to use natural support strategies. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 17: 155-163.
14. Nelson-Jones, R.: *Life Coaching Skills: How to Develop Skilled Clients*. 2007, London: Sage.
15. Neenan, M. (2008) From cognitive behaviour therapy (CBT) to cognitive behaviour coaching (CBC). *Journal of Rational-Emotive Cognitive Behavioural Therapy*. 26: 3-15.
16. Biswas-Diener, R. (2009) Personal coaching as a positive intervention. *Journal of Clinical Psychology*. In Session, 65: 544-553.
17. Roberts, G., Wolfson, P. (2004) The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*,. 10: 37-49.
18. Schenk, S., Hartley, K. (2002) Nurse Coach: Healthcare resource for this millennium. *Nursing Forum*, 37(3): 14-20.
19. Huffman, M. (2007) Health Coaching: A new and exciting technique to enhance patient self-management and improve outcomes. *Home Healthcare Nurse*. 25(4): 271-274.
20. Friedemann, M.-L., Köhlen, C. *Familien- und umweltbezogene Pflege*. 2. überarb. ed. 2003, Bern: Huber.
21. Arkowitz, H., Westra, H.A. Miller, W.R.eds. *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. 2007, Guilford: London.
22. Pope, C., Mays, N., Popay, J. *Synthesizing Qualitative and Quantitative Health Evidence*. 2007, Maidenhead: Open University Press.
23. Finfgeld, D.L. (2008) Qualitative comparison and synthesis of nursing presence and caring. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19: 111-119.